

TRABALHO EM EQUIPE DE SAÚDE: UMA ANÁLISE CONTEXTUAL

Roberta Kaliny de Souza Costa*

Bertha Cruz Enders**

Rejane Maria Paiva de Menezes***

RESUMO

O trabalho em equipe se caracteriza como um dos pilares na reorganização da atenção à saúde no âmbito dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) voltada a projetos assistenciais mais integrais e resolutivos, capazes de provocar mudança nos processos de trabalho e nas formas de atuar sobre a complexidade dos fatores intervenientes no processo saúde-doença da população. O objetivo deste artigo é analisar os aspectos contextuais do fenômeno trabalho em equipe em saúde, partindo da realidade prática das unidades de saúde de um município baiano, com o propósito de melhor compreender a construção da grupalidade na equipe, sua dinâmica de funcionamento no âmbito dos serviços e os fatores que a determinam, como elemento instrumental da reorganização da atenção à saúde. Utilizamos o método de Revisão de Literatura Integrativa e o referencial teórico de análise contextual, em que o contexto é caracterizado em quatro níveis interativos (imediato, específico, geral e metacontexto) que são distintos entre si, mas contém significados que facilitam a descrição e a compreensão dos aspectos envolvendo o fenômeno. O estudo permitiu conhecer e refletir sobre os desafios da construção do processo de trabalho coletivo articulado, interativo e compartilhado, comprometido com a reconstrução de saberes e práticas profissionais.

Palavras-chave: Recursos humanos em Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Assistência à Saúde.

INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe multiprofissional é considerado um pressuposto orientador para a reorganização do processo de trabalho nos serviços de saúde com vista a transformações nas formas de agir sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença da população a partir de uma maior interação entre os profissionais e as ações que desenvolvem.

É importante destacar que a configuração dos diferentes tipos e finalidades, modos de organização e operação do trabalho em equipe em saúde⁽¹⁾ vem se tornando objeto de estudo e discussão para muitos autores⁽²⁻⁵⁾, assumindo maior destaque os problemas relacionados à efetiva articulação entre as ações e à interação entre os profissionais da equipe de saúde no cotidiano do trabalho.

Partindo da realidade prática, observamos, na organização do trabalho em equipe produzido nas unidades de saúde de um município rural do Nordeste, desafios como a incompletude das equipes de saúde da família, a fragmentação da

assistência e dos saberes, a centralidade nas ações isoladas do médico e a concentração das decisões e das responsabilidades em um único profissional. Tais desafios muitas vezes têm como causa o despreparo e a deficiência na formação dos profissionais, conformados e acomodados ao modelo assistencial tradicional vigente no âmbito dos serviços de saúde.

Tais dificuldades indicam que o trabalho em equipe, como instrumento articulador das metas inseridas na reorganização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), sofre interferências de fatores relacionados a recursos humanos bem como à operacionalização do sistema de saúde em nível local. Assim, torna-se importante compreendermos essas influências sobre o trabalho em equipe, na perspectiva de encontrar caminhos para o seu aperfeiçoamento.

Desse modo, nosso objetivo neste artigo foi analisar os aspectos contextuais do trabalho em equipe em saúde, partindo da realidade prática do trabalho produzido nas unidades de saúde do município de Serrolândia, Bahia, local de nossa atuação no desenvolvimento das atividades do

* Enfermeira. Mestre. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). E-mail: roksc@hotmail.com

** Enfermeira. Doutora. Professora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFRN. E-mail: berthac@ufrnet.br

*** Enfermeira. Doutora. Professora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFRN. E-mail: rejemene@terra.com.br

Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). O propósito do estudo foi melhor compreender a construção da grupalidade na equipe, a dinâmica de seu funcionamento no âmbito dos serviços e os fatores que a determinam.

Destarte, esperamos contribuir para um maior conhecimento acerca do trabalho em equipe em saúde e seus desafios de implementação, para que sirva de suporte a outras investigações sobre a construção de novos saberes, em prol da interação e da produção do cuidado, atendendo ao propósito do verdadeiro trabalho em equipe mobilizado e criativo, a partir dos recursos que possui.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado por meio da revisão integrativa da literatura científica, que tem como finalidade sintetizar, de forma sistemática e ordenada, os resultados obtidos em pesquisas relativos a um assunto específico, com o intuito de contribuir para o conhecimento desse tema⁽⁶⁾.

As fontes bibliográficas pesquisadas foram os materiais impressos, como livros; dissertações e teses, documentos do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, que tratassem do assunto *trabalho em equipe*, bem como a busca *on line* nas bases de dados do *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo) e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), utilizando descritores em Ciência da Saúde (DeCS) como: equipe interdisciplinar em saúde, trabalho, interação profissional, Programa Saúde da Família. A pesquisa bibliográfica abrangeu o período de 1996 a 2006.

Para análise, utilizamos o referencial teórico de Hinds, Chaves e Cypress⁽⁷⁻⁸⁾, que conceitua o contexto em quatro níveis interativos (contexto imediato, contexto específico, contexto geral e metacontexto), cada um contendo significados da situação. Nessa perspectiva, o contexto é uma fonte de dados, e a integração na realidade dos quatro níveis e de seus significados facilita a descrição e a apreensão dos aspectos conceituais do fenômeno sob estudo, quando examinados individualmente⁽⁷⁾. Assim, a aproximação sistemática e analítica do pesquisador com o

contexto da situação em foco resulta numa melhor compreensão do fenômeno⁽⁷⁾.

Conforme o referencial, no contexto imediato a situação é observada e descrita tal como se apresenta, trazendo um entendimento de sua ocorrência na realidade. O contexto específico focaliza os aspectos concretos e qualitativos do objeto sob estudo relacionados com a sua ocorrência, tais como as pessoas, o tempo e o espaço. Já o contexto geral é assinalado pela subjetividade dos envolvidos no local, a qual é adquirida no convívio cultural que permeia a situação. Essas três dimensões de contexto estão relacionadas com o metacontexto que congrega os aspectos sociopolíticos e normorreguladores que agem sobre o fenômeno, passando muitas vezes despercebidos pelos atores da situação⁽⁷⁾.

Assim, estudos encontrados sobre a temática foram analisados à luz do referencial teórico de análise contextual⁽⁷⁾ e integrados em subtemas, de modo a contemplar a perspectiva conceitual de cada contexto do fenômeno “trabalho em equipe em saúde”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Num processo dialógico entre a literatura e a reflexão analítica inicialmente abordamos o tema “O trabalho em equipe em saúde – como ele acontece?”. Nele, descrevemos como e quando o trabalho em equipe em saúde é desenvolvido no município de Serrolândia - BA, bem como sua importância para a ocorrência de mudanças no modelo assistencial.

Num segundo tema, “A unidade básica de saúde e a comunidade – ambientes onde o trabalho em equipe acontece”, discorremos sobre a unidade básica de saúde e a comunidade onde é desenvolvido o trabalho em equipe em saúde, caracterizando os maiores e mais frequentes desafios encontrados na sua operacionalização.

No terceiro ponto de análise, sob o tema “Culturas e crenças sobre a atenção básica de saúde”, destacamos as crenças e os entendimentos sobre a atenção básica de saúde e os problemas enfrentados pelos envolvidos no trabalho em equipe, e a necessidade de reorientação do modelo assistencial, em relação ao qual é defendida uma nova dinâmica de atuação e relacionamento entre os serviços de saúde e a população.

Numa perspectiva mais sociopolítica, no tema “As políticas que englobam o trabalho em equipe em saúde”, refletimos sobre a necessidade de políticas indutoras de mudança no campo das práticas e da formação profissional que favoreçam o trabalho em equipe, promotor da atenção à saúde integral e de qualidade nos serviços.

O trabalho em equipe em Saúde: como ele acontece?

O trabalho em equipe passou a se fazer presente nas instituições de saúde do município de Serrolândia - BA quando foram iniciadas as atividades do PITS, em agosto de 2002.

Essa forma de produzir saúde - a articulação de profissionais - é considerada como uma estratégia básica na atenção à saúde no SUS, uma vez que surge como um meio de transformar a produção e a distribuição dos serviços de assistência à população com vistas à reorganização das práticas de saúde⁽³⁾.

Em Serrolândia - BA, das equipes formadas uma era completa e três eram incompletas. A equipe completa correspondia a uma equipe mínima, composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), conforme preconiza o Ministério da Saúde⁽⁹⁾. As outras três equipes, consideradas incompletas, eram desprovidas da presença do profissional médico, mas todas estavam direcionadas para o desenvolvimento do trabalho em saúde na atenção primária, especificamente nas unidades básicas de saúde (UBSs).

A tal respeito, a construção da grupalidade para o desenvolvimento das ações em saúde é dificultada quando ocorre, entre outras coisas, a falta de qualquer dos profissionais da equipe básica, uma vez que a incompletude pode se tornar insuperável, imobilizando o funcionamento da equipe, que não consegue saltar para um processo criativo a partir dos recursos que lhe estão disponíveis⁽¹⁾.

O trabalho em equipe deve envolver uma atuação multiprofissional, na qual cada um dos agentes tem definidas as suas atribuições e sua base de atuação, seja no ambiente da UBS, seja na comunidade seja ainda junto aos demais profissionais da equipe. Isto é, no trabalho em equipe cada profissional é instigado a participar

do processo de trabalho coletivo, cujo produto deve resultar da contribuição de cada profissão⁽⁵⁾.

A articulação entre as ações e a interação entre os profissionais é essencial à configuração do trabalho em equipe⁽²⁾; porém a experiência vivenciada no PITS em Serrolândia refletia a ocorrência da conexão de atividades entre os agentes vinculada a um interesse individual de resolver os problemas identificados no trabalho e as demandas da população, sem que houvesse a formulação de soluções a partir de atitudes comuns e consensuais.

Assim, o trabalho em equipe em saúde era desenvolvido de forma individualizada, de forma que, embora houvesse divisão de atribuições entre os profissionais, faltava uma adequada interação dos agentes e o compartilhamento de ações, parâmetros para a conceituação e identificação de um trabalho em equipe em saúde interativo e eficaz na melhoria da atenção à saúde produzida na rede de serviços.

A unidade de saúde e a comunidade - ambientes onde o trabalho em equipe se desenvolve

A UBS localizada na zona urbana do município de Serrolândia - BA constituiu-se como espaço de referência para o trabalho das equipes no atendimento à população.

Essa UBS, situada no centro da cidade, ao lado do hospital municipal (construído em 2002), mesmo carente de recursos (financeiros, humanos e materiais) e com estrutura física inadequada, produzia, em média, 100 atendimentos diários, somando-se a produção das quatro equipes (a completa e as incompletas) do PITS implantadas. Os serviços de vigilância epidemiológica e sanitária se encontravam desestruturados e a insuficiência do profissional médico aumentava a demanda reprimida, já carente de assistência à saúde.

Desse modo, os pacientes que não conseguiam atendimento na UBS procuravam o serviço ambulatorial do hospital, realizado pelo médico plantonista. Dessa situação emergia outra característica marcante da organização do serviço de saúde local, que era a desarticulação existente entre a UBS e o hospital, inviabilizando o sistema de referência e contra-referência dentro do próprio município.

Outras limitações também podem ser destacadas na realidade estudada⁽¹⁰⁾, como o despreparo e desestímulo dos profissionais de nível superior e de nível médio para desempenhar suas atividades, desafios que, assim como a concentração de recursos humanos de saúde nos centros urbanos, a dificuldade de interação das equipes nas UBS e a falta de articulação efetiva entre as unidades e os outros níveis de atenção, precisam ser enfrentados para que os serviços de saúde do SUS consigam contemplar os princípios da universalidade e da integralidade da assistência em seu espaço de ação⁽¹¹⁾.

A equipe de saúde do PITS, diante desses e outros problemas, procurava adotar uma atenção centrada no cuidado, buscando somar forças com outros setores para responder às necessidades identificadas e levantadas pela população. A equipe se responsabiliza pela assistência direta e pela educação em saúde das famílias, no interior da UBS e na própria comunidade, a partir da implementação das diretrizes do acolhimento, do vínculo, da responsabilização e da autonomização dos usuários, dispositivos que dão novo formato à organização do trabalho e da produção de saúde⁽¹²⁾. Não obstante, cumpre considerar a realidade dura de conflitos, como as más condições de habitação, de trabalho, de educação e, especialmente, de alimentação, que não dependem apenas da reorganização do setor saúde.

Culturas e crenças sobre a Atenção Básica de Saúde

As culturas e crenças que permeiam a assistência básica de saúde são representadas pela população usuária e pelos profissionais como suas partes essenciais e singulares, sendo originadas a partir das explanações e predições desses indivíduos que usufruíram e usufruem dos serviços estruturados ao longo dos anos.

Podemos referir que a atenção básica, no contexto do sistema de saúde, foi criada como prestação de assistência de serviço público associada a um atendimento de baixo custo e com poucos incrementos tecnológicos, destinado à população carente de assistência médica⁽¹³⁾, vindo mais tarde, por sua extensão, a constituir-se como proposta de organização do SUS, por meio da rede de UBSs⁽¹⁴⁾.

Não obstante, nesse meio-tempo já se construiu os usuários dos serviços a crença de que a assistência pública gratuita é de baixa qualidade, que os medicamentos, quando existem nas unidades, são ineficazes e insuficientes, que a estrutura física das instituições é precária e desprovida de equipamentos básicos e, conseqüentemente, que os problemas a ela levados não são resolvidos por falta de interesse dos que estão à frente dos serviços de saúde⁽¹⁾. Essa situação organizacional e operacional dos serviços de saúde alimenta, freqüentemente, sentimentos de insatisfação, descontentamento e descrédito dos usuários.

Por outro lado, as mudanças preconizadas pelo SUS/PSF para reorientação do atendimento nas UBSs, como o trabalho em equipe multiprofissional, a prevenção de agravos, a promoção à saúde, a integralidade, a educação em saúde e o incentivo à participação popular, dentre outras, ainda esbarram em práticas e saberes orientados pelo modelo biomédico vigente, um dos grandes responsáveis pelo estímulo à medicalização exacerbada, pela busca do atendimento individualizado centrado no médico, pautado na doença e no hospital.

Desse modo, cabe aqui enfatizar a manifestação da hierarquização e das relações de poder e subjugação estabelecidas entre os profissionais no espaço de trabalho e reproduzidas na relação entre trabalhador e usuário⁽²⁾, situação naturalizada que traz consigo a dificuldade de se operacionalizar um trabalho de equipe integrativo, produtor do protagonismo dos usuários dos serviços⁽¹⁾.

As políticas que englobam o trabalho em equipe em Saúde

O trabalho em equipe constitui-se como parte da totalidade do trabalho em saúde e de suas características, possuindo também uma significação particular, expressa por diferentes dimensões, em conformidade com o contexto.

Essa forma de trabalho surge como uma alternativa de reorganização dos serviços e do modo de atuação profissional, definindo-se como uma prática que contempla a comunicação entre os profissionais no exercício cotidiano do trabalho, sendo nela consideradas as dimensões

da articulação das ações e da interação entre os agentes⁽³⁾.

Esse padrão de organização inovador, envolvendo as ações profissionais em saúde, identifica-se pela necessidade de produção da atenção integral e humanizada à população, em correspondência ao conceito ampliado de saúde e aos princípios do SUS. Essa atenção deve caracterizar-se pela ampliação dos referenciais profissionais, pelo reconhecimento da insuficiência da ação uniprofissional na resolução dos problemas de saúde dos indivíduos, pela mudança nas relações de poder entre profissionais e entre estes e os usuários, de modo a concorrer para o desenvolvimento de uma ação cuidante voltada para os interesses e necessidades de saúde das pessoas e das populações⁽¹⁵⁾.

Assim, coloca-se para os trabalhadores em formação e/ou já formados a tarefa de desenvolver ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de prestação de cuidados, a partir da incorporação, à prática cotidiana, de um trabalho em equipe centrado na integralidade da atenção, que responda à complexidade dos problemas de saúde.

É importante notar que, assim como a saúde passou a ser garantida constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado, também consta na Constituição Federal de 1988 o ordenamento e a formação dos recursos humanos como atribuição do SUS, sendo necessária uma superação da formação profissional afinada com prioridades do modelo clínico, para o desenvolvimento de trabalhadores dotados de autonomia, com habilidades para o trabalho em equipe e comprometidos com as exigências atuais do setor.

Nessa perspectiva, estratégias como o SUS (O SUS e os cursos de graduação na área da saúde), o Projeto UNI (Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde), o VER-SUS (Vivência Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde), o PRÓ-SAÚDE (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e a educação permanente em saúde, que enredam a formação em todos os níveis (graduação, pós-graduação, aperfeiçoamento de pessoal em atuação nos serviços), são constituídas como políticas de

educação comprometidas com as mudanças na formação dos recursos humanos para o SUS⁽¹⁶⁾.

Em todas essas políticas os objetivos se desdobram na qualificação profissional e na adoção da integralidade como eixo orientador das práticas e da organização dos serviços, com vistas ao desenvolvimento da responsabilização, da autonomia dos profissionais de saúde e dos demais atores sociais, em prol da ampliação e do desenvolvimento da dimensão do cuidado em saúde.

Destarte, mesmo com objetos de intervenção diferentes, ambas as políticas com papel indutor no sentido das mudanças no campo das práticas e da formação profissional assumem como prioridade as equipes de trabalho em saúde em qualquer nível de atenção, ambicionam uma estreita articulação entre ensino e serviço e exercem influências sobre a gestão, a atenção e a formação para viabilizar a implementação do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, referente à análise contextual do fenômeno trabalho em equipe em saúde, permitiu a reflexão sobre os desafios que se apresentam na operacionalização do trabalho interativo, coletivo e compartilhado, fundamental à reorganização da atenção à saúde no âmbito dos serviços do SUS.

Em cada um dos níveis interativos do contexto analisados foram identificados problemas de ordem técnica e interpessoal, de diferentes dimensões, contribuindo para que a discussão se converta em ações voltadas para a busca de soluções que resultem na transformação dos processos de trabalho e, conseqüentemente, na inauguração de novas práticas profissionais, a partir do estabelecimento de relações dialógicas, da produção de novos saberes, da formação profissional que promova novas formas de pensar e agir em saúde.

Neste sentido, o desafio consiste na organização do trabalho que contemple a alta complexidade de saberes, a responsabilidade coletiva das ações e a efetiva interação dos recursos humanos de diferentes áreas profissionais, vislumbrando a superação das atuações fragmentadas, mantenedoras do

isolamento e das relações de poder entre os profissionais e destes com os usuários dos serviços, que inviabilizam a produção do trabalho em equipe desejado na atenção à saúde mais integral e resolutiva.

A urgência da produção de uma atenção integral, interativa e de qualidade, rompe com o modelo biomédico de formação, produzindo a transformação das práticas profissionais e da organização da rede de serviços.

Concluimos este estudo conscientes de que ele poderá não conter respostas prontas e

completas para muitas indagações que possam ser feitas sobre o trabalho em equipe em saúde, dada a complexidade destas questões, mas, acreditamos que contribuiu para uma maior compreensão do significado deste fenômeno. Isso implica que outras investigações devem ser sempre estimuladas e realizadas, inclusive com a ajuda de outros saberes profissionais que apontem alternativas, preenchendo as lacunas existentes do conhecimento, a fim de enfrentar e vencer os desafios do desenvolvimento do trabalho em equipe.

TEAM WORK IN HEALTH: A CONTEXTUAL ANALYSIS

ABSTRACT

Team work is one of the foundational pillars for the reorganization of health services in the Unified Health System (UHS) in the construction of more complete and resolute care projects that can provoke changes in work methods for the effective confrontation of the complex factors that influence the health and disease process of the population. The aim of this article is to analyze the contextual aspects of team work in health, so as to acquire an understanding of group construction of the team, its functioning dynamics in the health service environment, and its determining factors. Carried out in reference to the practical reality of the work in the health units of one municipality, the study utilized the Integrative Literature Review and the theoretical referential that categorizes the context in four interactive levels - immediate, specific, general, and meta context, that are different among themselves but filled with meaning, therefore facilitating the description and comprehension of the aspects involving the phenomenon. The study allowed us to understand and to reflect on the challenges facing the construction of an articulated, interchangeable, and shared collective work method, that is committed to the reconstruction of knowledge and the professional practices.

Key words: Health Manpower. Patient Care Team. Delivery of Health Care.

TRABAJO EN EQUIPO EN SALUD: UN ANÁLISIS CONTEXTUAL

RESUMEN

El trabajo en equipo se caracteriza como uno de los pilares en la reorganización de la atención a la salud en el ámbito de los servicios del Sistema Único de Salud (SUS), vuelta a proyectos asistenciales más integrales y resolutivos, capaces de causar cambios en los procesos de trabajo y en las formas de actuar sobre la complejidad de los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad de la población. El propósito de este artículo es analizar los aspectos contextuales del fenómeno trabajo en equipo en salud, partiendo de la realidad práctica del trabajo de las unidades de salud de un municipio de Bahía, para comprender mejor la construcción de la grupalidad en el equipo, su dinámica de funcionamiento en el ámbito de los servicios y los factores que la determinan, como elemento instrumental de la reorganización de la atención a la salud. Utilizamos el método de la Revisión de Literatura Integrativa y el referencial teórico de análisis contextual, en que el contexto es caracterizado en cuatro niveles interactivos (inmediato, específico, general y metatexto) que son distintos entre sí pero contienen significados que facilitan la descripción y la comprensión de los aspectos que envuelven el fenómeno. El estudio permitió conocer y reflejar sobre los desafíos de la construcción del proceso de trabajo colectivo articulado, interactivo y compartido, comprometido con la reconstrucción de conocimientos y prácticas profesionales.

Palabras clave: Recursos Humanos en Salud. Grupo de Atención al Paciente. Prestación de Atención a la Salud.

REFERÊNCIAS

1. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface – Comunic Saúde Educ.* 2004/2005; 9(16):9-24.
2. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1998.

3. Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2000;53(esp):143-7.
4. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005;13(2):262-8.

5. Silva IZQJ. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface – Comunic Saúde Educ.* 2004/2005;9(16):25-38.
6. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm.* 1998;3(2):109-112.
7. Hinds P, Chaves D, Cypress S. Context as a source of meaning and understanding. *Qual Health Res.* 1992;2(1):61-74.
8. Cavalcante CAA, Enders BC, Menezes RMP, Medeiros SM. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. *Ciênc Cuid Saúde.* 2006;5(1): 88-97.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Coordenação de saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.* Brasília (DF); 1997.
10. Araújo MBS. A equipe de saúde no PSF: mudando práticas? estudo de caso num município de Natal/RN. [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2004.
11. Mercadante AO, Schechtman A, Cortes BA, Munhoz Jr E, Mendes EV, Wong Un JA, et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Jacobo F, editor. *Caminhos da saúde pública no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 235-313.
12. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
13. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, editor. *Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica.* São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29-46.
14. Bertussi DC, Oliveira MSM, Lima JVC. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: Andrade SM, Soares DA; Cordoni Júnior L, editor. *Bases da saúde coletiva.* Londrina/Rio de Janeiro: UEL/Abrasco; 2001. p. 133-143.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde.* Brasília (DF); 2004.
16. Marsiglia RMG. Instituições de ensino e o Programa Saúde da Família: o que mudou? *Rev Bras Saúde Família.* 2004;5(7):30-41.

Endereço para correspondência: Roberta Kaliny de Souza Costa. Rua Raimundo Galdino, 37, Bairro Boa Vista, CEP: 59605-070. Mossoró-RN, E-mail: roksc@hotmail.com

Recebido em: 21/03/2007

Aprovado em: 25/08/2008